

米国非営利病院の公益性に関する考察 (1)

——コミュニティ・ベネフィット基準をめぐる政策論争を中心に——

高 山 一 夫

はじめに

本稿の課題は、米国の非営利病院に関する法制度、なかでもコミュニティ・ベネフィット基準をめぐる政策論争の経緯を整理することで、非営利病院が担うべき公益性とそれを支えるための望ましい政府規制のあり方について、考察することである。

周知のように、株式会社病院が一定の地歩を占める米国では、医療機関の所有形態に関する研究が精力的になされてきた。Schlesinger(1998)によれば、組織の所有形態は、当該組織を取り巻く多様な環境要因との相互作用を通じて、組織行動上の違いをもたらすという。すなわち、営利組織と非営利組織を比較する際には、それらが置かれた環境要因の違いを特定し、環境要因と所有形態との関係を明らかにしなければならないといえる。ただし、どの環境要因がどのように所有形態と相互作用するのかについては、さらに精査が必要としている。

組織の環境要因には様々なものが考えられるが、公益の促進という観点から非営利病院の組織行動を考察する際には、まず何よりも非営利病院に対する法制度、なかでもコミュニティ・ベネフィット基準に注目すべきである。そしてコミュニティ・ベネフィット基準が医療施設を公益団体として認定する要件を定めるがゆえに、その検討を通じて非営利病院が持つべき公益性の内容をめぐる見解の相違、利害の葛藤についても考察することができよう。¹⁾

近年わが国においても、医療法人制度改革の一環として社会医療法人制度が新設され、救急医療等の不採算医療の提供を条件に軽減税率等が適用されるなど、医療施設の公益性に関する法制度上の整備が進められている。既存の医療施設にとっても、これまで以上に地域医療を意識したマネジメントが要請され

るであろう。その意味では、米国非営利病院のコミュニティ・ベネフィット基準に関する考察は、わが国の医療制度改革論議において、あるいはひろく格差拡大社会における社会資本の共同消費のあり方を検討するうえで、参考に資する点があるものと思われる。

I 非営利病院の法制度の概要

(1) 非営利病院とは

本稿で多用する「非営利病院」という用語は、法的には誤解を招きかねない表現である。米国では、病院の公益認定と非営利法人格の登記とは、法律上は全く別の事柄だからである。まず、法人法典は一般に州政府の所管であるのに対して、公益認定は連邦政府(内国歳入庁)の管轄である(州政府が公益認定する場合も連邦政府の認定に準ずる場合が多い)。次いで、法人格の取得が準則主義に基づき容易に取得可能であるのに対して、内国歳入法(Internal Revenue Code; 以下、法)に規定される公益団体として認定されるためには、内国歳入庁による厳格な審査をパスしなければならない。

公益団体に関する規定は、法501条(c)(3)に設けられている。同条項に合致する団体だけが、公益団体(public charity)²⁾と認定され、連邦所得税免除や被寄付金控除(病院への寄付金が所得税の計算上控除対象となる)といった特典が付与される。さらに、公益団体は州及び地方政府においても財産税免除等の特典が得られるほか、州政府が承認すれば、免税債券の発行を通じた低利の資金調達までもが認められている。

そのため米国では、法501条(c)(3)に該当する公益団体をもって、「非営利組織」とみなすのが通例である。³⁾「非営利病院」という名称も、もっぱらこの公益認定された民間の病院に対して用いられる。本稿でもこの慣例に従う。

表1は、非営利、営利及び公立という所有類型別にみた病院数及び構成比の推移をまとめたものである。同表からわかるとおり、米国病院(軍病院その他の特別な病院を除く)の6割、約3,000病院は非営利病院であり、営利病院の18%、州及び地方政府立の23%を大きく引き離している。表には掲げていないが、総病床数や一病院当り平均病床数でみても、やはり非営利病院の比重が突出して

表1 所有類型別にみた病院数及び構成比の推移

病 院 数	1950年	1960年	1970年	1980年	1990年	2005年
合 計	6,374	6,441	6,715	5,830	5,384	4,936
民間非営利病院	3,250	3,579	3,600	3,322	3,191	2,958
民間営利病院	1,470	982	858	730	749	868
州・地方政府立病院	1,654	1,880	2,257	1,778	1,444	1,110
構 成 比(%)	1950年	1960年	1970年	1980年	1990年	2003年
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
民間非営利病院	51.0	55.6	53.6	57.0	59.3	59.9
民間営利病院	23.1	15.2	12.8	12.5	13.9	17.6
州・地方政府立病院	25.9	29.2	33.6	30.5	26.8	22.5

(1) 1950年から70年までの数値は、連邦政府立病院を除く全病院に関する数値である。

(2) 1980年から2005年までの数値は、community hospital に関する数値である。

出所) American Hospital Association, *Hospital Statistics*, 各年版より作成。ただし1950年から70年までの数値は、U. S. Department of Commerce, *Historical Statistics of the United States*, 1976に依る。

いる。

他方、米国では株式会社立を含む営利病院の設立は禁止されていないものの、非営利病院のような特典が付与されないこともあり、病院数は2割に届かない。州及び地方政府立の公立病院もまた、1970年代後半の地方財政危機以降、病院数を大きく減らしている。

なお、連邦政府立病院はすべて軍関連の病院であり、一般市民に開放されていない。

(2) 非営利病院の公益認定要件

先に述べたように、公益団体には多くの特典が付与されるため、公益認定されるかどうかは、病院の経営にきわめて大きな影響を及ぼす。

病院が法501条(c)(3)に規定される公益団体と認められるためには、まず、財務省規則(Treasury Regulations; 以下、規則)が定める6項目のテストに合格しなければならない。このテストは、①組織テスト(公益目的の組織であるか)、②事業テスト(事業内容の適切性)、③利害関係者への利益分配の禁止、④特定個人への便益供与の禁止、⑤ロビー活動その他政治的活動の禁止、⑥関連する公共政

表2 コミュニティ・ベネフィット基準の概要

1. 地域理事会 (community board) 理事会や役員会が、病院管理者や医師、その他病院と関わりのある者だけで排他的に構成されるのではなく、コミュニティの有力者によって構成されていること。
2. オープン・スタッフ制 (open hospital staff) 患者を入院させ院内で治療する権利が病院に雇用されていない地域の医師にも与えられていること ^(*) 。
3. 救命救急部 (Emergency Room) の開設 24時間の救命救急室 (ER) を設置し、支払い能力に関わらず誰でも利用できる体制になっていること ^(**) 。
4. その他患者の診療 (ER and non-ER care) 私費や民間保険、メディケア、メディケイドの別を問わず、支払い能力あるすべての者に対して、救急以外の診療が提供されていること。
5. 慈善医療及び医学研究 (charity and research) 慈善医療や医学研究を通じて、地域の特定層にも貢献していること。

* 病院が医師を直接雇用することを禁止する州もある。この場合、医師は別法人を設立し病院と診療契約を締結する (Corporate Practice of Medicine)。

** 1983年通達により、ERを開設しなくてもよい場合もある。

策との調和という6項目からなり、病院以外の非営利組織にも共通に適用される。

病院の場合は、これらテストに加えて、内国歳入庁通達 (Revenue Ruling; 以下、通達)⁴⁾ が定める基準にも合致しなければならない。各種の通達のなかでも、コミュニティ・ベネフィット基準 (community benefit standard) を定めた1969年通達69-545が最も重要であり、かつ、これから述べるように、非営利病院の公益性をめぐる論争の焦点に位置している。

表2は、コミュニティ・ベネフィット基準の概要をまとめたものである。通達では、病院の公益性の根拠を「健康の増進」 (promotion of health) というコミュニティ全体の便益に求めた上で、具体的な認定要件として、①地域理事会の設置、②オープン・スタッフ制の採用、③救命救急部の設置、④医療保険加入者の診療、⑤慈善医療等の提供などを求めている。⁶⁾

本稿で注目したいのは、とくに③、④、⑤に係る医療困窮者の取り扱いについてである。通達では、救急患者については、支払い能力の如何を問わず、全ての患者を診療することを義務付ける一方、救急以外の患者については、無保険者であれば診療を拒否してもよいとしている。また、救急患者の診療につい

表3 コミュニティ・ベネフィット基準をめぐる政策論争の経過

1946年	連邦病院調査・建設法(ヒル・パートン法)622条(f)において、連邦補助金の交付要件として、「財務能力の範囲内で、支払い能力を欠く患者を診療すること」を規定。
1956年	内国歳入法通達56-185の公布。病院調査・建設法と同じく、非営利病院に対して、その財務能力の範囲内において支払い能力を欠く者を診療することを義務付ける。
1969年	内国歳入法通達69-545の公布。慈善医療の提供をコミュニティ・ベネフィットの提供に置き。具体的要件は、①理事をコミュニティから選出すること、②ER(救命救急室)を開設し、救急患者の診療を拒否しないこと、③保険加入者の診療を拒否しないこと等である(無保険者の診療は拒否してもよい)。また、健康の増進を公益目的と認める。
1974年	内国歳入法69-545に反対する訴訟において原告敗訴。(506 F.2d 1278, 1278-89(D. C. Cir. 1974), vacated, 426 U. S. 26(1976))
1983年	内国歳入法通達83-157の公布。病院のER開設要件を緩和。
1985年	ユタ州およびバーモント州において州税の免税要件厳格化の動き。ユタ州では最高裁判所が慈善医療の実際の提供をもって免税要件とみなすと判断(翌年に住民投票により撤回)。バーモント州も同様。その他、12州で免税要件の厳格化、17州で非営利病院の優遇を不公正競争とみなす立法・判断が出される(いずれも実現せず)。
1989年	カトリック病院協会が social accountability Budget を公表(コミュニティ・ベネフィット活動を計画・実施・公開する際のガイドライン)。
1990年	ニューヨーク州およびユタ州において非営利病院規制立法が成立。ニューヨーク州では、病院は定款に定める公益の理念と目的に即して、コミュニティ・サービス計画を策定し実施することが義務付けられた。ユタ州では、州税制調査会が免税のためのガイドラインを策定した。その主要な項目の一つは、非営利団体は免除された租税額を超える便益をコミュニティに提供しなければならないという規定である。
1990年	会計検査院が非営利病院は免税額にみあった便益をコミュニティに提供していないと報告。
1991年	連邦議会で病院免税資格改革法案が提案されるも審議未了で廃案に。
1993年	テキサス州においてコミュニティ・ベネフィット規制法が成立。非営利病院は収入の一定額を慈善医療並びに減額診療に支出することが義務付けられる。また、コミュニティ・ベネフィットの実施状況について、州医療政策局に年次報告書の提出も義務付けられる。
1994年	クリントン医療保障法案において非営利病院の免税資格改革条項が盛り込まれる。
1995年	カリフォルニア州においてコミュニティ・ベネフィット規制法が成立。病院は、コミュニティ・ベネフィットの実施状況について年次報告書を州医療計画局に提出することが義務付けられる。
2005年	会計検査院が非営利病院のコミュニティ・ベネフィットの実施動向を報告。全米17州においてコミュニティ・ベネフィット規制法が成立。連邦下院歳入委員会にて非営利病院免税制度に関する公聴会が開催される。

ても、あくまで救命救急室内での検査や処置に限定しており、精密検査や入院治療などを病院に義務づけてはいない。

そのため、通達の解釈に対して、4,600万人を超える無保険者を抱える米国において、非営利病院の公益認定に無保険者や医療困窮者の診療は含めなくともよいのか、という疑問が生ずるのは当然である。事実、表3にまとめたように、通達をめぐるこれまでの論争は、無保険者への慈善医療を焦点としてきた。節を改めて、論争の経緯に迫りたい。

Ⅱ コミュニティ・ベネフィット基準をめぐる政策論争の展開(1)

(1) 財務能力基準からコミュニティ・ベネフィット基準へ

病院の公益認定は、もともとは支払い能力を欠く無保険者や医療困窮者に対する慈善医療(charity care；無料ないし減額診療、単なる未収金は除く)の提供に基づいていた。財務省及び内国歳入庁は、病院が公益目的に合致する根拠を、コモンローにおける「貧困者の救済」(the relief of poverty)に求めていたからである。そして1956年の通達56-185では、「病院は、その財務能力の範囲内において(to the extent of its financial ability)、支払い能力の無い者をも診療しなければならない⁷⁾と明記するなど、慈善医療を病院の公益認定要件として重視していた。この通達は、非営利病院に対して、その財務の許容する限りで慈善医療を義務づけたため、「財務能力基準」(financial ability standard)と呼ばれる。

財務能力基準は、1946年に制定され、第二次大戦後における米国病院の質量両面での発展に寄与した病院調査・建設法(通称ヒル・バートン法)とも整合する。同法では、病院の建設や増床に対する連邦政府補助金の交付要件として、やはり同様の財務能力基準を設けていた。すなわち、慈善医療の提供を条件に、租税免除と補助金交付との両面から、非営利病院に対する政府補助が制度化されたといえる。⁸⁾

ところが、1959年の規則⁹⁾において、突然、公益性の根拠が「貧困者の救済」から「一般に妥当とされる法的定義」(generally accepted legal definition)へと変更された。しかも、通達は規則よりも下位の行政法であるから、1956年通達

も規則に合わせて改定すべきであるところ、内国歳入庁は56年通達をそのまま有効であるとした。公益目的の法的根拠と公益認定の具体的な要件とが乖離したわけである。

規則の変更と56年通達の温存について、その経緯は明らかではない。しかし、Fox and Schaffer(1991)は、当時の担当者へのインタビューもふまえて、一方では公益性をコモンロー上のより広い意味で定義せよという法曹界や議員からの非難があり、他方では病院を他の公益団体とは別に扱うべしと主張する病院団体側の圧力もあって、錯綜した状態が続いたのだらうと推測している。¹⁰⁾

規則と通達の不一致は、1969年の通達69-545において解消された。69年通達では、56年通達が表示した財務能力基準を破棄し、現行のコミュニティ・ベネフィット基準に代置することが示された。69年通達において、内国歳入庁は、次のように説明する。

「健康の増進は、貧困者の救済や教育、宗教の振興と同様、公益に関する一般法において、公益目的のひとつをなすといえる。ここで公益とは、コミュニティ全体の便益(beneficial to the community as a whole)とみなされるものであり、たとえその活動によって直接便益を享受するクラスがコミュニティのすべての成員、例えば貧困者を含んでいないとしても…(中略)…公益目的に合致するといえる。」¹¹⁾

1969年通達では、規則の解釈に従って非営利病院の公益認定を貧困者の救済から健康の増進に求めたのみならず、さらに踏み込んで、慈善医療を提供しない病院であっても、「健康の増進」に合致するのであれば、公益認定されるとまで述べている。かくも解釈が一変した理由を探るためには、医療制度をめぐる当時の状況を振り返る必要がある。

(2) 1969年通達の政治的背景

公益認定の基準変更を促した最も大きな要因は、1965年社会保障法改正によるメディケア及びメディケイドの創設である。メディケア及びメディケイドは、ときのジョンソン政権における「貧困戦争」政策の一環として、高齢者や低所

得者といった無保険に陥りやすい人々に公的な医療保障を提供することを目的とした。そのため、制度が適切に運営されれば、慈善医療の対象となるべき無保険者が存在しなくなると考えられたのである。

実際、1969年通達の実質的な責任者であった R. Bromberg は、65年社会保障法の成立以降、米国病院協会や保健教育福祉省の関係者に対して、新しい公益認定要件づくりのために、積極的なインタビューを行っていた。なかでもメディケア及びメディケイドの設計者である W. J. Cohen から、無保険者は今後急速になくなるとの見通しを聴くにおよび、同様の主張を内国歳入庁内で繰り返し、通達改正に向けた合意を取り付けたという。¹²⁾

Bromberg の主張は、病院団体によっても支援された。¹³⁾このことは、1969年税制改革法の立法史において確認することができる。同法は、脱税目的の財団設立等を規制し、あわせて非営利組織全体に対する公益認定要件の厳格化を企図した税制改正法である。原法案において、財務能力基準に基づく慈善医療の提供が認定要件とされたことに対して、米国病院協会の会長 M. Berke は、下院歳入委員会の公聴会の席上、次のように反論した。

「保健医療システムは、他の民間非営利セクターとは違って、支払い能力を欠く、あるいは支払う意思の無い患者をも、治療している。他の非営利セクターでは、そうした者らにはサービスを提供しなくともよいとされる。しかしコミュニティ・ホスピタルは、公共の責任を果たすために、そうした行動はとらない。支払い能力にかかわらず医療を受ける権利は、コミュニティ全体に拡大されるのであり、それゆえにまた、コミュニティ全体でそのコストを分かち合わねばならない。」¹⁴⁾

病院協会の主張は、次の二点にまとめられる。第一に、現行の公益認定制度が不公平だという指摘である。Berke は、大学ならば授業料を払う者しか受け入れなくても公益団体とされるのに、どうして病院だけが無保険者の診療を義務付けられねばならないのかと、苦言を呈している。そして第二に、無保険者の診療拒否に関して、たとえある病院が拒否したとしても、別の病院が受け入れるだろうから、コミュニティ全体で考えれば問題は生じないと主張する。

この主張は下院歳入委員会の了解を得ることとなり、1969年税制改革法案は、慈善医療義務に係る条項を削除した修正法案(H. R. 13270)として、下院を通過する。修正法案を送付された上院財政委員会の側は、「『支払い能力にかかわらず受療する権利』がコミュニティ全体に拡大されるとは限らない¹⁵⁾」と病院協会の主張に反論し、修正法案の破棄と69年通達の撤回を求める委員会報告書を提出したものの、両院協議会を経て、最終的には下院修正法案の中身で1969年税制改革法は成立、通達69-545も有効であることが確認された。

(3) 基準変更の社会的反響

内国歳入庁や連邦議会の議論とは裏腹に、メディケア及びメディケイドは数年を待たずして医療費支出の高騰に苦しみ、早くも1970年代には無保険者の解消ではなく医療費抑制へと政策目標が転換されることとなる。

同時に、無保険者や医療困窮者の団体によって、基準変更をめぐる係争が頻発する。1971年には、医療困窮者の福祉団体 Eastern Kentucky Welfare Organizations が、非営利病院に医療困窮者の診療拒否を認めたとして、財務省及び内国歳入庁を相手に訴訟を提起した。

原告側は、「内国歳入庁は、民間非営利病院が貧困な患者を公立病院に搬送すること——『ダンピング』というあまり優雅でない名称で知られる——をやめさせるように、免税の条件を整えるべきである¹⁶⁾」ことを求め、病院の公益認定は、貧困者の診療実績に基づくべきだと主張した。

一審を担当したコロンビア特別行政区・事実審裁判所は1969年通達を無効とし、56年規則に則って病院に免税資格を付与することを内国歳入庁に命じるなど、原告に有利な内容の略式判決(summary judgment)¹⁷⁾を出す。しかし財務省は直ちに控訴し、1969年通達を担当した Bromberg がコロンビア特別行政区巡回裁判所において、次のように抗弁した。

「過去10年間におけるメディケア、メディケイドの創設と医療保険の急速な普及とによって、病院で無料ないし減額診療を必要とする貧困者は大幅な減少をみた。まさに通達56-185が通知されて以降、貧困者の減少が現実になったのである。…(中略)…それゆえ、公益目的を限定せねばならない理

由も、大方消失したといえる。¹⁸⁾」

Bromberg の弁論は、明らかにメディケア及びメディケイド創設による医療困窮者の解消という楽観の見通しに立脚するものである。制度創設後の状況に照らして判断すべき余地が存するにもかかわらず、控訴審はこの抗弁を受け入れ、さらには具体的な損害の立証ができないばかりか、通達の撤回によって原告の損害が回復する合理的理由もないとの理由で、一審判決を破棄した。¹⁹⁾ 1969年通達が裁判においても正当化されたわけである。その後、原告らは連邦最高裁判所に上告するも1976年に同じ理由で棄却され、判例として確定した。

Ⅲ コミュニティ・ベネフィット基準をめぐる政策論争の展開(2)

(1) ユタ州最高裁判決の衝撃

コミュニティ・ベネフィット基準に対する新たな批判は、1980年代後半より、免税を間接的な補助金交付とみなす租税補助金(tax expenditure)の立場から加えられた。公益目的が何であるにせよ、課税の公平という観点から、免税団体はその免税額に見合った便益を提供しなければならないというのである。²⁰⁾ 非営利病院がコミュニティに提供する便益とは具体的に何であり、それが免税を正当化するに足りるものであるかどうか、次の政策論争の焦点となった。

1985年のユタ州最高裁判所判決は、こうした新たな批判の幕を開けた事例である。2つの病院に対する州税免除特典の付与をめぐる争われた裁判において、ユタ州最高裁判所は、州憲法13条2項における財産税免除の条文を、次のように解釈した。

「財産税の免除は、間接的な補助金として授与され、通常は州が実施すべき事業やサービスを公益団体が引き受ける際の代償として正当化される。また、別の裁判所が用いた同一の解釈では、免税は、政府の負担を軽減することに加え、それら団体の活動がコミュニティの価値や理念の向上に寄与することにより、認められるとした。この学説に従えば、コミュニティが受け取る利益は、免税による歳入の損失を相殺するものとみなされる。…

(中略)…団体がユタ州憲法において財産税を免除されるのは、それが公益の定義に合致するか、またはその財産が公益目的のみに使用される場合に限られる。この定義の本質は、コミュニティに対する贈与である。²¹⁾

判決は、公益をコミュニティに対する「贈与の行為」(act of giving)と解釈したうえで、非営利病院の公益認定の具体的要件を、慈善医療の提供実績やそれを通じた政府の医療扶助負担の軽減に求めた。課税の公平という観点から、非営利病院に対して、免税という租税補助金に見合った貢献を具体的に示すよう求めたわけである。

医療界の注目を集めたこの判決は、住民投票によって翌86年に撤回されてしまう。しかしながら、同種の係争がバーモント州はじめ13の州に拡散し、ついに1990年に会計検査院が非営利病院に関する調査報告書を公表、翌91年の第101議会において病院免税資格改革法が上程される事態に至った。

(2) 1990年病院免税資格改革法案における審議

1990年に会計検査院が公表した報告書では、調査した5つの州において、①収入に対する未償還医療費の比率が非営利病院は4.8%しかなく、公立病院の7.6%は無論、営利病院の5.2%と比べてさえ小さいこと(表4)、②調査した非営利病院の15%において、慈善医療の提供額を免税で免れた税負担より小さくすることによる利益が生じていること、③未償還医療費が免税額を下回る病院では、利益率が同一地域の病院平均を倍以上も上回ること、④未償還医療費の負担は特定の病院——多くは都市部に立地する教育病院——に集中する傾向にあることなどを、明らかにした。そして報告書は、通達69-545を撤回し、病院の公益認定は、メディケイド受給者の診療、貧困者に対する無料診療、その他恵まれない立場にある人々の健康状態の改善といった数量的な実績に基づくべきだと主張した。²³⁾

報告書の結果を受けて、会計検査院に調査を求めた E. R. Roybal 下院議員(民主党、カリフォルニア選出)らは、非営利病院の公益認定制度を改革する法案(H. R. 790)を議会に上程した。²⁴⁾ 法案の骨子は、公益認定を希望する病院に対して、①免税額の50%に等しい額の「適格慈善医療」を提供するか、または、②

表4 所有類型別の未償還医療費(1988年)

	病 院 数	未払医療費		
		総 額 (10億ドル)	1病院当り (100万ドル)	総収入比 (%)
非営利病院	3,440	8.4	2.4	4.8
営利病院	1,149	1.4	1.2	5.2
州・地方立病院	1,849	4.8	2.6	7.6
合 計	6,438	14.6	100.0	

注) 調査地域はアイオワ、ミシガン、ニューヨーク、カリフォルニア、フロリダの5州である。

出所) GAO(1990), p.12, Table 1.1.(原資料はAHA(1988))

免税額の35%以上の「適格コミュニティ・ベネフィット」を提供することを義務付ける等、公益認定のための数値要件を設定することである。法案は1991年2月に各種委員会(下院エネルギー・商業委員会保健・環境小委員会、下院歳入委員会)に送付され、同年7月10日には下院歳入委員会にて公聴会が開催された。²⁵⁾

公聴会では、州や地方政府の代表者が法案に賛成する証言を行った。例えば、全米カウンティ協会議長の B. Shipnuck は、公立病院を開設・運営するカウンティの立場から、非営利病院の免税措置に対して、率直な疑問を提起する。

「カウンティは、30以上の州において、貧困者に医療を提供し、あるいは財政的な支援することに、法的な責任を有している。我々は、公立病院やヘルスクリニック、その他の医療機関への支払い等を通じて、貧困者に医療を提供しており、センサス局の調査によれば、病院の運営や医療サービスに年間180億ドルも支出している…(中略)…郡の担当官の多くが抱く疑問は、次の二点である。第一に、免税病院は本当に、支払能力欠落者に医療提供している地方政府の負担の軽減に寄与しているのか。そして第二に、地方政府はその活動に見合った歳入を得ているのか、ということだ。²⁶⁾」

非営利病院は政府の負担軽減に寄与しておらず、不当に課税を免れているとする証言に対し、米国病院協会会長 J. W. Owen は、病院業界は1989年に総計89億ドル、総費用の約5%を無料診療に充てたと述べ、次のように反論した。

「これらの提案は、医療困窮者の問題解決の負担をもっぱら病院に押し付け、制度全般にわたる解決策から目をそらせるものである…(中略)…世の中にはフリーランチもフリーケアもない。病院は薬剤購入費を支払い、看護師に給与を支払わねばならず、さらに無保険者の診療コストを民間保険に転嫁することも難しくなっている。病院に対する要求が病院のもつ経営資源を大きく上回っていることの確かな証拠がある。²⁷⁾」

今回、病院協会は、従来の主張から一転して、無保険者問題は医療保障の問題であり、病院側に費用転嫁すべきではないと主張している。以前の主張がメディケア及びメディケイドの拡充を根拠にしたとすれば、今回はメディケア及びメディケイドの不十分さを追及するものである。いずれも無保険者の医療アクセスに対する病院側の主体的な責務という観点に乏しい。

他方、財務省・内国歳入庁の側は、法案に対して全く別の視点から反論を行った。財務省次席書記官補 M. J. Graetz は、公聴会で次のように証言する。

「我々は、病院の免税資格を評価するうえで、提案された慈善医療基準よりも、現行のコミュニティ・ベネフィット基準の方がより適切であると考えている。コミュニティ・ベネフィット基準は、健康の増進を公益目的とみなす年来の主張を反映しており、また公益目的を実現するためには多様な手段がありうることを認めている。連邦税法のもとで民間非営利病院と公立病院を等しく扱うことで、コミュニティ・ベネフィット基準は、政府の活動に対する多元主義的なオルタナティブを支えているのである。免税制度の基本的な存在理由は、この点に求められる。²⁸⁾」

ここでは、コミュニティ・ベネフィット基準による公益認定の正当性を、医療供給における多元主義——公私ミックス論——に求めている。租税補助金の立場からする批判に対して、多元主義というアメリカ的価値観を対置したわけである。

じつは、財務省が行ったこの主張は、1947年病院調査・建設法の審議の際に、民間非営利病院に対する連邦補助金の交付を正当化するために病院協会が主張

した議論と同一である。当時、公立病院中心の医療供給システムの構築をめざしたトルーマン政権に対して、米国病院協会は、こうしたシステムは社会主義的であり、市民の自発的活動という理念を体現する民間の非営利病院を育成・支援することこそが米国の価値を守ると反論したのである。²⁹⁾ただし今回は、病院団体ではなく財務当局が主張した点が異なるのではあるが。

議会では10を超える修正案が提出されたものの、法案は結局、審議未了のまま廃案となる。画一的な公益認定ルールに係る技術的な困難や既発免税債券の取り扱い等の問題点が指摘されたことに加え、米国医師会や全米州知事会が財務省の権限拡大を嫌悪する立場から法案に慎重な姿勢を崩さなかったことが、審議の混迷をもたらした政治的要因である。また、第102議会での審議と前後して、危機感を強めた病院団体がコミュニティ・ベネフィットの理念を具体化し、コミュニティへ積極的に情報開示するなどの自主的な取り組みをはじめたことも、その一因として指摘できよう。³⁰⁾

(3) 州コミュニティ・ベネフィット規制立法の拡がり

連邦議会での審議とは対照的に、州レベルでは独自のコミュニティ・ベネフィット規制立法が相次いで成立をみた。1990年のニューヨーク州を皮切りに、ユタ州、テキサス州、カリフォルニア州、メリーランド州など11の州で規制法が成立し、また、マサチューセッツ州では立法こそ見送られたものの、州政府がガイドラインを発して病院に自発的な取り組みを促した。³¹⁾

表5は、テキサス州におけるコミュニティ・ベネフィット規制法(Texas Non-profit Hospital Community Benefits Law)の概要をまとめたものである。同州では、コミュニティ・ベネフィットの範囲については健康の増進に係る各種の保健活動を含める一方、州税免除の認定においては貧困者や医療扶助受給者に対する慈善医療について数値要件を設けており、いわば1956年通達と69年通達とを混合した形式になっている。

1993年に成立したテキサス州コミュニティ・ベネフィット規制法の立法史は詳らかではないが、2005年の公聴会資料によれば、同州の病院業界も立法を支持したとあり、法の施行後、非営利病院の慈善医療支出(未収金は含まない)は5億7,300万ドルから16億4,800万ドルへと1.5倍に増加、対医業収益比で6.04%

表5 テキサス州におけるコミュニティ・ベネフィット規制法

<p>(1) コミュニティ・ベネフィットの定義 慈善医療に要した未償還費用、公的医療扶助、寄付、医学教育・研究、公的医療プログラム、保健サービスへの補助</p>
<p>(2) 免税のための要件</p> <p>① Reasonableness Standard 慈善医療¹⁾と公的医療扶助²⁾を合理的な水準で提供すること</p> <p>② 100% of Tax-exempt Benefits Standard 慈善医療¹⁾と公的医療扶助²⁾を州・地方税免税額に等しい額だけ支出すること</p> <p>③ Charity are and Community Benefits Mix 慈善医療¹⁾とコミュニティ・ベネフィット³⁾を純収益の5%以上支出し、うち前者を4%以上、後者を1%以上支出すること</p>
<p>(3) 罰則 年次報告書の作成義務違反は罰金 免税要件を充足できない病院については、毎年、州の司法長官および監査官に報告がなされる。</p>

1) 慈善医療とは、貧困者の診療で発生した未償還費用をいう。貧困者の定義は各病院で定めてよいが、連邦貧困基準の200%を下回ってはならない。

2) 公的医療扶助とは、メディケイドその他の公的医療扶助受給者の診療で発生した未償還費用のこと。

3) 健康診断、健康教育、医学研究・教育などの地域貢献事業のこと。

出所) GAO(2005)、pp.18&24.

から9.65%に上昇したという。³²⁾メキシコと国境を接し、季節労働者や不法移民など数多くのヒスパニック系住民をかかえ、無保険者や医療困窮者の医療問題が米国内でもきわめて深刻な州であることが、規制法の社会的背景として指摘できよう。

ただし、テキサスのコミュニティ・ベネフィット規制法においても罰則の規定は緩やかであり、法の施行後に免税資格を取り消された事例はない。同じく罰則規定を有するユタ州及びペンシルベニア州においても、事情は同様である。他の州では、病院に対してコミュニティ・ベネフィット活動に関する年次報告書の作成と公開を病院に義務づけるにとどまる。

その意味では、コミュニティ・ベネフィット基準を州レベルで具体化し、非営利病院に慈善医療の提供を促す取り組みは、いまだその端緒をなすにすぎず、今後の動向を見守らねばならないといえよう。

おわりに

本稿では、病院を対象とした研究であるにもかかわらず、医療制度ではなく税制度をとりあげた。非営利病院を実体的に規定する制度が、なによりも内国歳入法上の公益認定にかかっているからである。そこで明らかになったことは、現行のコミュニティ・ベネフィット基準のもとでは、米国の医療システムが抱える最大の問題である無保険者の医療アクセスを改善するうえで、非営利病院が必ずしも有効に機能していないことである。非営利病院は、まさにサラモンのいう「信頼性の危機」と「有効性の危機」に直面しているわけである。³³⁾

とはいえ、非営利病院のコミュニティ・ベネフィット活動については、慈善医療以外にも、地域保健活動や医学教育・研究協力、地域理事会による戦略的意思決定など、さまざまな側面から考察する必要がある。コミュニティ・ベネフィット基準の有効性も、そうした活動実態をふまえて評価する必要がある。

これら多様なコミュニティ・ベネフィット活動の実態については、次稿において、これまでの実証的知見並びに独自調査の結果をふまえて、明らかにする予定である。

追記

本研究は、2006年度京都橋大学学術奨励研究(課題番号06001)の一部をまとめたものである。

文献

- Coalition for Nonprofit Health Care (1999). *State Law Approaches to Ensuring the Social Accountability of Nonprofit Health Care Organizations*.
- Fox D.M. and Schaffer D.C. (1991). "Tax administration as health policy: hospitals, the Internal Revenue Service, and the courts", *Journal of Health Politics, Policy and Law* 16 (2): 251-79.
- Havighurst C.C., Blumstein J.F., Brennan T.A. (1998). *Health Care Law and Policy*, 2nd ed., Foundation Press.
- Longo D.R. (1994). "The measurement of community benefit: Issues, Options, and Questions for Further Research", *The Journal of Health Administration Education*, 12 (3):

291-317

Noble A.A., Hyams A.L., Kane N.M. (1998). "Charitable hospital accountability: A Review and Analysis of Legal and Policy Initiatives", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 26: 116-137.

Potter M.A., Longest B.B., Jr (1994), "The divergence of federal and state policies on the charitable tax exemption of nonprofit hospitals", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16 (2): 251-79.

Seay J.D. (1994). "From Pemsel's case to health security: community benefit comes of age", *The Journal of Health Administration Education*, 12 (3): 373-82.

Shlesinger M. (1998). "Mismeasuring the Consequences of Ownership" in Powell W.W. and Clemens E.S., eds., *Private Action and the Public Good*, Yale University Press.

U.S. General Accounting Office (1990) *Nonprofit Hospitals: Better Standards Needed for Tax Exemption*. GAO/HRD-90-84.

青木郁夫・上田健作・高山一夫・時井聰(2006)『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』(2004年度特定非営利活動法人非営利・協同総合研究所のちとくらし研究助成金研究成果報告書)

アメリカ医療視察団著(2001年)『苦悩する市場原理のアメリカ医療』あけび書房。

注

- 1) 2005年の第109議会においても、非営利セクター全般にわたる公聴会の一環として、非営利病院に対するコミュニティ・ベネフィット基準が取り上げられた。*The Tax-Exempt Hospital Sector*, Hearing before the U. S. House of Representatives, 109th Congress, 1st session, May 26, 2005, Serial 109-17.
- 2) 'charity' の訳語について、米国のコモンローおよび内国歳入法における含意が通常の意味での「慈善」よりも広いため、本稿では「公益」と訳出した。法律用語としても、'charity' は「公益信託」——英国の公益ユース法 (Statute of Charitable Uses, 1601, 43 Eliz. 1, C4.)——に起源を求めうるという。
- 3) 詳しくは Independent Sector (2002), *The New Nonprofit Almanac & Desk Reference*, Urban Institute など参照。
- 4) 内国歳入庁通達とは、内国歳入法や財務省規則に関する行政通達であり、主に法令等の解釈や具体的事例への適用等につき説明を行う。
- 5) じつは財務省規則では「健康の増進」は公益目的として明記されていない。しかし米国では「公益」を規則に制限列挙されるもののほか、一般的に妥当とされる法的定義であると裁判所が認めたものを含めると解釈しているため、後で触れる最高

- 裁の判決を根拠に、「健康の増進」も公益目的であるとみなされている。
- 6) より詳細な規定に関しては、内国歳入庁が実務家向けに提供しているテキスト (*Health Care Provider Reference Guide, 2004 EO CPE Text*) を参照のこと。
 - 7) Revenue Ruling 56-185, 1956-1, C. B. 202.
 - 8) 1946年病院調査・建設法と無保険者医療の関連については、高山一夫『合衆国病院産業と公共性』(学位論文、未公開)にまとめた。
 - 9) Treasury Regulations 1.501(c)(3)-1(d)(2).
 - 10) 同じ Fox and Schaffer (1991) によれば、そもそも財務省が税法上の公益の定義を「貧困者の救済」に限定したのは1923年規則においてであるが、その理由も不明であるという。議会で審議に付される内国歳入法の改正とは異なり、行政通達である財務省規則や内国歳入庁通達の改変理由は、あまり明確に説明されないことが多い。
 - 11) Revenue Ruling 69-545, 1969-2 C. B. 117. なお、クラス (class) とは、共通点をもつ一定範囲の人々を表す法律用語である。
 - 12) Fox and Schaffer, pp.261-262.
 - 13) Fox and Schaffer は、直接的な証拠はないものの、「病院産業が Bromberg を説得し、そして彼を通じてその上司たちに、いずれ無保険者はいなくなると説得した」と評している。 *Ibid.*, p.262.
 - 14) Testimony on Medicare before the Committee on Ways and Means, 91st Congress, 1st Session, Oct. 28, 1969, in *Medicare and Medicaid: Problems, Issues, and Alternatives*, Report of the Staff to the Committee on Finance, United States Senate, Committee Print S362-2, 1970, p.57.
 - 15) *Ibid.*, pp.57-58.
 - 16) Fox and Schaffer, p.268.
 - 17) Potter and Longest (1994), p.403.
 - 18) *Ibid.* pp.403-404.
 - 19) なお、控訴審のこうした判断に対して、Fox and Schaffer は、1969年通達のとくと同様、「控訴審の判事の多くが、地方裁判所とは反対に、病院の歴史や貧困者医療に対する歳入規則の意義について、Bromberg の弁論をそのまま受け入れた」と評している。 Fox and Schaffer, p.270.
 - 20) 繰り返し非営利病院に対する特典付与を「不公正競争」だと訴えてきた営利病院の業界団体にとっても、都合のよい議論である。
 - 21) Havighurst, et al. (1998), pp.322-323.
 - 22) 未償還医療費 (uncompensated care) には、本来の慈善医療 (charity care) の他、営業上の未収金 (bad debt) が含まれる。

- 23) GAO. (1990).
- 24) Charity Care and Hospital Tax-Exempt Status Reform Act of 1991, H. R. 790, 102nd Congress, 1st Session, 1991.
- 25) *Tax-Exempt Status of Hospitals, and Establishment of Charity Care Standards*, Hearing before the House Committee on Ways and Means, 102nd Congress, 1st Session, H781-46, Serial 102-73, 1991.
- 26) *Ibid.*, p.198.
- 27) *Ibid.*, pp.146-147.
- 28) *Ibid.*, p.35
- 29) 高山一夫、前掲論文。
- 30) Catholic Health Association, *Social Accountability Budget: A Process for Planning and Reporting Community Service in a Time of Fiscal Constraint*, 1989.
- 31) Noble, et al. (1998), CNHC (1999).
- 32) Statement of John T. Thomas, Testimony before the House Committee on Ways and Means, May 26, 2005, in *The Tax-Exempt Hospital Sector*.
- 33) L. Salamon, *Holding the Center*, The Nathan Cummings Foundation, 1997. (山内直人訳『NPO 最前線』岩波書店、1999年) なお、内国歳入庁長官 M. Everson が2005年の下院歳入委員会公聴会において「…1969年通達は、決して56年通達を否定するものではなく、それを単に修正したものにすぎない」と従来にない苦しい証言をしていることも注目される。(Statement of The Honorable Mark Everson, Testimony before the House Committee on Ways and Means, May 26, 2005, in *The Tax-Exempt Hospital Sector*.)